

Jahresauswertung 2014 Herzschrittmacher-Implantation

09/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 59
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.095
Datensatzversion: 09/1 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15294-L96262-P46157

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Jahresauswertung 2014 Herzschrittmacher-Implantation

09/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 59
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.095
Datensatzversion: 09/1 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15294-L96262-P46157

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2014/09n1-HSM-IMPL/690 QI 1: Leitlinienkonforme Indikations- stellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen			97,21%	>= 90,00%	innerhalb	96,57%	8
2014/09n1-HSM-IMPL/2196 QI 2: Leitlinienkonforme System- wahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen			98,42%	>= 90,00%	innerhalb	98,03%	23
2014/09n1-HSM-IMPL/52128 QI 3: Eingriffsdauer			91,86%	>= 60,00%	innerhalb	90,28%	31
QI 4: Durchleuchtungszeit 4a: 2014/09n1-HSM-IMPL/10223 Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)			95,35%	nicht definiert	-	94,41%	33
4b: 2014/09n1-HSM-IMPL/10249 Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)			98,93%	nicht definiert	-	98,53%	33

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2014/09n1-HSM-IMPL/52305							
QI 5: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen							
			96,01%	>= 90,00%	innerhalb	95,35%	37
QI 6: Perioperative Komplikationen							
6a: 2014/09n1-HSM-IMPL/1103							
Chirurgische Komplikationen			0,94%	<= 2,00%	innerhalb	1,16%	40
6b: 2014/09n1-HSM-IMPL/52311							
Sondendislokation oder -dysfunktion			1,08%	<= 3,00%	innerhalb	1,44%	43
QI 7: Sterblichkeit im Krankenhaus							
7a: 2014/09n1-HSM-IMPL/1100							
Verstorbene Patienten			1,00%	nicht definiert	-	0,98%	46
7b: 2014/09n1-HSM-IMPL/51191							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,65	<= 3,94	innerhalb	0,67	48

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2014/09n1-HSM-IMPL/813070 AK 1: Häufig führendes Symptom „sonstiges“			2,18%	<= 7,33%	innerhalb	1,93%	50
2014/09n1-HSM-IMPL/813071 AK 2: Häufig führende Indikation „sonstiges“			0,94%	<= 6,54%	innerhalb	0,43%	52

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität

Stand: Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr der AQUA-Institut GmbH vom 28.04.2015
 Angaben zur Leitlinie finden Sie auf den ausführlichen Seiten zu den Qualitätsindikatoren.

Beschreibung	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
QI 1: 2014/09n1-HSM-IMPL/690		
1.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen		4.817 / 4.955 97,21%
1.1.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei Sinusknotensyndrom		1.829 / 1.847 99,03%
1.1.2 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei AV-Block II. Grades Typ Wenckebach		68 / 68 100,00%
1.1.3 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei AV-Block II. Grades Typ Mobitz		584 / 595 98,15%
1.1.4 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei AV-Block I. Grades		3 / 24 12,50%
1.1.5 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei permanentem Vorhofflimmern		769 / 791 97,22%
1.1.6 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei Karotis-Sinus-Syndrom		5 / 12 41,67%
1.1.7 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei vasovagalem Syndrom		4 / 9 44,44%
1.1.8 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei faszikulären Leitungsstörungen		38 / 92 41,30%
1.2 Keine leitlinienkonforme Indikation		138 / 4.955 2,79%

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
QI 2: 2014/09n1-HSM-IMPL/2196		
2.1 Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen		4.803 / 4.880 98,42%
2.1.1 Leitlinienkonforme Systemwahl bei Sinusknotensyndrom (SSS)		1.792 / 1.833 97,76%
2.1.2 Leitlinienkonforme Systemwahl bei AV-Block oder faszikulärer Leitungsstörung		2.215 / 2.248 98,53%
2.1.3 Leitlinienkonforme Systemwahl bei Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern		777 / 779 99,74%
2.1.4 Leitlinienkonforme Systemwahl bei Karotis-Sinus-Syndrom		11 / 11 100,00%
2.1.5 Leitlinienkonforme Systemwahl bei vasovagalem Syndrom		8 / 9 88,89%
2.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl		77 / 4.880 1,58%

Qualitätsindikator 1: Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

Summarische Darstellung der Indikationen auf den Seiten 11 bis 22

Qualitätsziel: Möglichst oft leitlinienkonforme¹ Indikation zur Herzschrittmacherimplantation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten, außer führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation „kardiale Resynchronisationstherapie“ oder „sonstiges“

Indikator-ID: 2014/09n1-HSM-IMPL/690

Referenzbereich: >= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit leitlinienkonformer ¹ Indikation zur Herzschrittmacher- implantation (I bis IIb) bei Sinusknotensyndrom AV-Block III. Grades ² AV-Block II. Grades Wenckebach AV-Block II. Grades Mobitz AV-Block I. Grades Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern Karotis-Sinus-Syndrom vasovagalem Syndrom faszikulären Leitungsstörungen Vertrauensbereich Referenzbereich			4.817 / 4.955	97,21% 96,72% - 97,64% >= 90,00%
Patienten ohne Indikation gemäß Leitlinie ¹			138 / 4.955	2,79%

Indikation I bis IIb gemäß Leitlinie keine Indikation gemäß Leitlinie

¹ Leitlinien zur Herzschrittmachertherapie, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (Lemke et al. 2005)

² Da bei AV-Block III. Grades ein Herzschrittmacher gemäß Leitlinie immer indiziert ist, wird diese Indikation nicht weiter differenziert dargestellt.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit leitlinienkonformer ¹ Indikation zur Herzschrittmacher- implantation (I bis IIb) bei Sinusknotensyndrom AV-Block III. Grades ² AV-Block II. Grades Wenckebach AV-Block II. Grades Mobitz AV-Block I. Grades Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern Karotis-Sinus-Syndrom vasovagalem Syndrom faszikulären Leitungsstörungen Vertrauensbereich			4.820 / 4.991	96,57% 96,03% - 97,04%

¹ Leitlinien zur Herzschrittmachertherapie, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (Lemke et al. 2005)

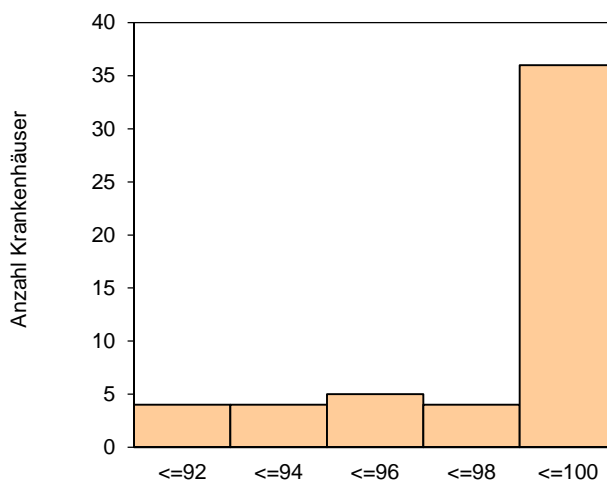
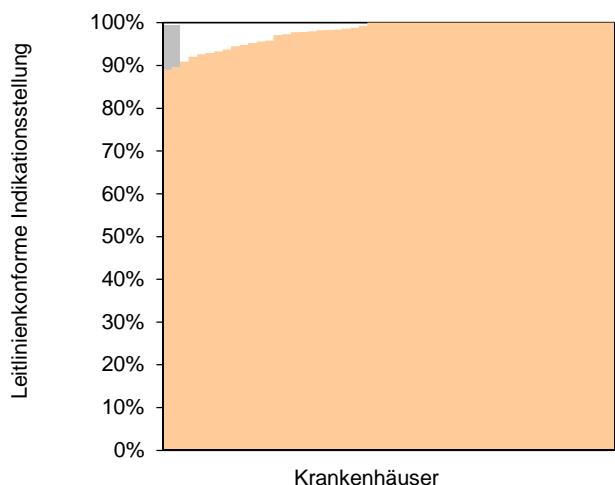
² Da bei AV-Block III. Grades ein Herzschrittmacher gemäß Leitlinie immer indiziert ist, wird diese Indikation nicht weiter differenziert dargestellt.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2014/09n1-HSM-IMPL/690]:

Anteil von Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur Herzschrittmacherimplantation an allen Patienten (außer führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation „kardiale Resynchronisationstherapie“ oder „sonstiges“)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

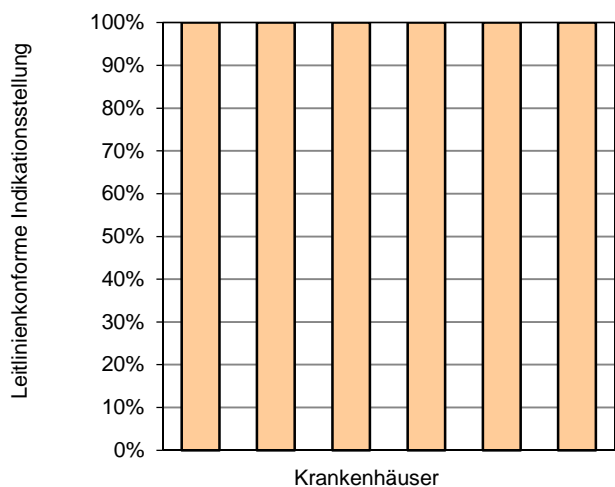
53 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,01	90,91	92,89	97,14	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Indikation bei Sinusknotensyndrom

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Sinusknotenerkrankung¹ als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
mit Vorhofrhythmus Sinusbradykardie/SA-Blockierungen oder paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/-flattern oder Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) oder chronotrope Inkompetenz				
1) mit klinischer Symptomatik ²			1.827 / 1.847	98,92%
2) mit/ohne klinische Symptomatik ² eingeschränkte linksventrikuläre Funktion ³ und (lange Pausen* oder chronische** Herzfrequenz < 40/min***)			172 / 1.847	9,31%
Kriterium 1) oder 2) erfüllt Leitlinienkonforme**** Indikations- stellung bei Sinusknotensyndrom			1.829 / 1.847	99,03%
Nicht leitlinienkonforme**** Indikations- stellung bei Sinusknotensyndrom			18 / 1.847	0,97%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen s. nächste Seite

Erläuterungen

¹ **Sinusnotensyndrom (SSS)**
inklusive BTS
(bei paroxysmalelem/persistie-
rendem Vorhofflimmern)

² **klinische**
Symptomatik
führendes Symptom
Präsynkope/Schwindel
Synkope einmalig
Synkope rezidivierend
Synkopenbedingte Verletzung
Herzinsuffizienz NYHA II bis IV
sonstiges

³ **eingeschränkte linksventrikuläre**
Funktion
Ejektionsfraktion
mittlere Einschränkung (50 bis > 35%)
schwere Einschränkung (<= 35%)

* **lange Pausen**
Pausen außerhalb von
Schlafphasen
> 3 sec

** **chronisch**
voraussichtliche
Stimulationsbedürftigkeit
permanent
häufig

*** **Herzfrequenz < 40/min**
Spontanfrequenz außerhalb
von Schlafphasen
< 40/min

**** http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 708ff

Indikation bei AV-Block II. Grades Typ Wenckebach

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit AV-Block II. Grades Typ Wenckebach als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
mit AV-Block II. Grades Typ Wenckebach				
1) mit klinischer Symptomatik ¹			66 / 68	97,06%
ohne klinische Symptomatik ¹				
2a) eingeschränkte linksventrikuläre Funktion ²			0 / 68	0,00%
2b) Blockierung im HIS-Purkinje-System (HV > 100 msec)			0 / 68	0,00%
2c) Ätiologie neuromuskulär			0 / 68	0,00%
2d) Alter > 70 Jahre			2 / 68	2,94%
mit/ohne klinische Symptomatik ¹				
3a) Ätiologie infarktbedingt und intraventrikuläre Leitungsstörungen ³			1 / 68	1,47%
3b) Ätiologie angeboren			1 / 68	1,47%
Eines der Kriterien 1) bis 3) ist erfüllt Leitlinienkonforme* Indikationsstellung bei AV-Block II. Grades Typ Wenckebach			68 / 68	100,00%
Nicht leitlinienkonforme* Indikationsstellung bei AV-Block II. Grades Typ Wenckebach			0 / 68	0,00%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie

keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen s. nächste Seite

Erläuterungen		
¹ <i>klinische Symptomatik</i> führendes Symptom Präsynkope/Schwindel Synkope einmalig Synkope rezidivierend Synkopenbedingte Verletzung Herzinsuffizienz NYHA II bis IV sonstige	² <i>eingeschränkte linksventrikuläre Funktion</i> Ejektionsfraktion mittlere Einschränkung (50 bis > 35%) schwere Einschränkung (<= 35%)	³ <i>intraventrikuläre Leitungsstörungen</i> Rechtsschenkelblock (RSB) Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 msec Linksschenkelblock, QRS >= 150 msec alternierender Schenkelblock QRS >= 120 msec ohne Differenzierung

* http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 705ff

Indikation bei AV-Block II. Grades Typ Mobitz

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit AV-Block II. Grades Typ Mobitz als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
mit AV-Block II. Grades Typ Mobitz				
1) mit klinischer Symptomatik ¹			576 / 595	96,81%
ohne klinische Symptomatik ¹				
2a) Blockierung im HIS-Purkinje-System (HV > 100 msec)			0 / 595	0,00%
2b) Ätiologie neuromuskulär			0 / 595	0,00%
2c) ohne intraventrikuläre Leitungsstörungen ² und Ergometrie mit persistierendem oder neuem AV-Block			0 / 595	0,00%
2d) intraventrikuläre Leitungsstörungen ² und voraussichtliche Stimulationsbedürftigkeit permanent/häufig			8 / 595	1,34%
mit/ohne klinische Symptomatik ¹				
3a) Ätiologie infarktbedingt und intraventrikuläre Leitungsstörungen ²			6 / 595	1,01%
3b) Ätiologie angeboren			3 / 595	0,50%

Erläuterungen s. nächste Seite

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eines der Kriterien 1) bis 3) ist erfüllt Leitlinienkonforme ³ Indikationsstellung bei AV-Block II. Grades Typ Mobitz			584 / 595	98,15%
Nicht leitlinienkonforme ³ Indikations- stellung bei AV-Block II. Grades Typ Mobitz			11 / 595	1,85%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie

keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen	
¹ klinische Symptomatik führendes Symptom Präsynkope/Schwindel Synkope einmalig Synkope rezidivierend Synkopenbedingte Verletzung Herzinsuffizienz NYHA II bis IV sonstige	² intraventrikuläre Leitungsstörungen Rechtsschenkelblock (RSB) Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 msec Linksschenkelblock, QRS >= 150 msec alternierender Schenkelblock QRS >= 120 msec ohne Differenzierung

³ http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 705ff

Indikation bei AV-Block I. Grades

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit AV-Block I. Grades als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
mit klinischer Symptomatik				
1) AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 msec und symptomatische Herzinsuffizienz¹ und eingeschränkte linksventrikuläre Funktion ²			3 / 24	12,50%
ohne klinische Symptomatik¹				
2) AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 msec I. Grades, Überleitung > 300 msec und Ätiologie neuromuskulär			0 / 24	0,00%

Eines der Kriterien 1) oder 2) ist erfüllt Leitlinienkonforme ³ Indikationsstellung bei AV-Block I. Grades			3 / 24	12,50%
Nicht leitlinienkonforme ³ Indikationsstellung bei AV-Block I. Grades			21 / 24	87,50%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen

¹ **symptomatische Herzinsuffizienz**
führendes Symptom

Herzinsuffizienz NYHA II bis IV

² **eingeschränkte linksventrikuläre Funktion**

Ejektionsfraktion

mittlere Einschränkung (50 bis > 35%)

schwere Einschränkung (<= 35%)

³ http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 705ff

Indikation bei Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
mit Vorhoffrhythmus permanentes Vorhofflimmern mit klinischer Symptomatik¹				
1) Herzfrequenz < 40/min ² oder Herzfrequenz 40 - 50/min ³ oder lange Pausen*			767 / 791	96,97%
ohne klinische Symptomatik¹				
2a) Herzfrequenz < 40/min ² und Kammerfrequenz regelmäßig			1 / 791	0,13%
2b) (Herzfrequenz < 40/min ² oder lange Pausen*) und intraventrikuläre Leitungsstörungen** und Kammerfrequenz nicht regelmäßig			1 / 791	0,13%
2c) (chronische*** Herzfrequenz < 40/min ² oder lange Pausen*) und keine intraventrikulären Leitungsstörungen** und eingeschränkte linksventrikuläre Funktion****			0 / 791	0,00%
mit/ohne klinische Symptomatik¹				
3) Ätiologie AV-Knoten-Ablation			1 / 791	0,13%

Erläuterungen s. nächste Seite

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eines der Kriterien 1) bis 3) ist erfüllt Leitlinienkonforme***** Indikationsstellung bei permanentem Vorhofflimmern			769 / 791	97,22%
Nicht leitlinienkonforme***** Indikations- stellung bei permanentem Vorhofflimmern			22 / 791	2,78%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie

keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen		
<p>¹ klinische Symptomatik führendes Symptom Präsynkope/Schwindel Synkope einmalig Synkope rezidivierend Synkopenbedingte Verletzung Herzinsuffizienz NYHA II bis IV sonstige</p>	<p>² Herzfrequenz < 40/min Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen < 40/min</p> <p>³ Herzfrequenz < 40/min Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen 40 - 50/min</p>	<p>* lange Pausen Pausen außerhalb von Schlafphasen > 3 sec</p>
<p>** intraventrikuläre Leitungsstörungen Rechtsschenkelblock (RSB) Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 msec Linksschenkelblock, QRS >= 150 msec alternierender Schenkelblock QRS >= 120 msec ohne Differenzierung</p>		<p>*** chronisch Stimulationsbedürftigkeit permanent</p> <p>**** eingeschränkte linksventrikuläre Funktion Ejektionsfraktion mittlere Einschränkung (50 bis > 35%) schwere Einschränkung (<= 35%)</p>

***** http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 708ff

Indikation bei Karotis-Sinus-Syndrom

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Karotis-Sinus-Syndrom als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
mit klinischer Symptomatik¹				
Karotis-Sinus-Massage mit Pause > 3 s				
Leitlinienkonforme ² Indikationsstellung bei Karotis-Sinus-Syndrom			5 / 12	41,67%
Nicht leitlinienkonforme ² Indikationsstellung bei Karotis-Sinus-Syndrom			7 / 12	58,33%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie

keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen
<p>¹ klinische Symptomatik führendes Symptom Synkope rezidivierend</p>

² http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 709ff

Indikation bei vasovagalem Syndrom

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit vasovagalem Syndrom als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
mit klinischer Symptomatik				
1a) (Synkope rezidivierend oder synkopenbedingte Verletzung) und non-device-Therapie ineffektiv/ unzureichend und (lange Pausen ¹ oder Kipptisch positiv) und Alter > 40			4 / 9	44,44%
1b) Synkope rezidivierend und non-device-Therapie ineffektiv/ unzureichend und (Herzfrequenz < 40/min oder Kipptisch positiv)			4 / 9	44,44%
Eines der Kriterien 1a) bis 1b) ist erfüllt Leitlinienkonforme ² Indikationsstellung bei vasovagalem Syndrom			4 / 9	44,44%
Nicht leitlinienkonforme ² Indikations- stellung bei vasovagalem Syndrom			5 / 9	55,56%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen

¹ **lange Pausen**
Pausen außerhalb von
Schlafphasen
 > 3 sec

² http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 710ff

Indikation bei faszikulären Leitungsstörungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit faszikulären Leitungsstörungen als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
mit bifaszikulärem Block¹				
1a) AV-Block AV-Block II. Grades Typ Mobitz AV-Block III. Grades			6 / 92	6,52%
1b) führendes Symptom rezidivierende Synkope			29 / 92	31,52%
mit faszikulärem Block²				
2a) Ätiologie neuromuskulär			4 / 92	4,35%
2b) AV-Knoten-Diagnostik Blockierung im HIS-Purkinje-System (HV > 100 msec)			1 / 92	1,09%
mit 3) alternierendem Schenkelblock			4 / 92	4,35%

Eines der Kriterien 1) bis 3) ist erfüllt Leitlinienkonforme ³ Indikationsstellung bei faszikulären Leitungsstörungen			38 / 92	41,30%
Nicht leitlinienkonforme ³ Indikationsstellung bei faszikulären Leitungsstörungen			54 / 92	58,70%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie

keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen

¹ **bifaszikulärer Block**

intraventrikuläre Leitungsstörungen

Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB
 Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB
 Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 msec
 Linksschenkelblock, QRS >= 150 msec

² **faszikulärer Block**

intraventrikuläre Leitungsstörungen

Rechtsschenkelblock (RSB)
 Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB
 Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB
 Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 msec
 Linksschenkelblock, QRS >= 150 msec
 alternierender Schenkelblock
 QRS >= 120 msec ohne Differenzierung

³ http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 706ff

Qualitätsindikator 2: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen



Qualitätsziel: Möglichst oft leitlinienkonforme¹ Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten, außer führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation „kardiale Resynchronisationstherapie“ oder „sonstiges“, mit implantiertem Ein- oder Zweikammersystem

Indikator-ID: 2014/09n1-HSM-IMPL/2196

Referenzbereich: >= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit leitlinienkonformer ¹ Systemwahl bei Sinusknotensyndrom AV-Block oder faszikulären Leitungsstörungen Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern Karotis-Sinus-Syndrom vasovagalem Syndrom Vertrauensbereich Referenzbereich			4.803 / 4.880	98,42% 98,03% - 98,74% >= 90,00%
Patienten mit nicht leitlinienkonformer ¹ Systemwahl			77 / 4.880	1,58%
bei Patienten mit				
ASA = 1			2 / 226	0,88%
ASA = 2			17 / 2.041	0,83%
ASA = 3			48 / 2.438	1,97%
ASA = 4			9 / 166	5,42%
ASA = 5			1 / 9	11,11%

 Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie  keine Indikation gemäß Leitlinie

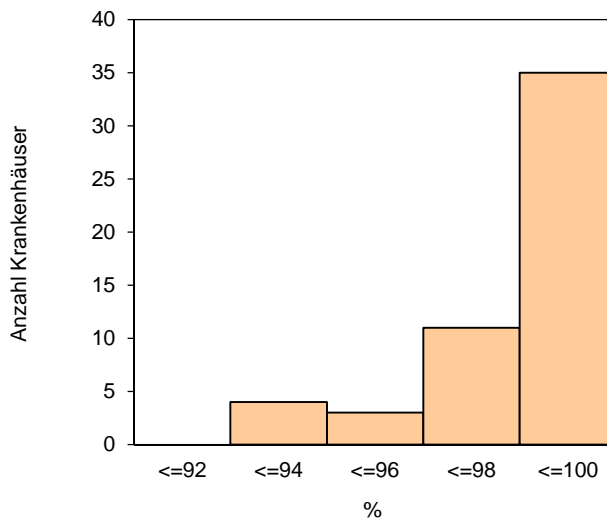
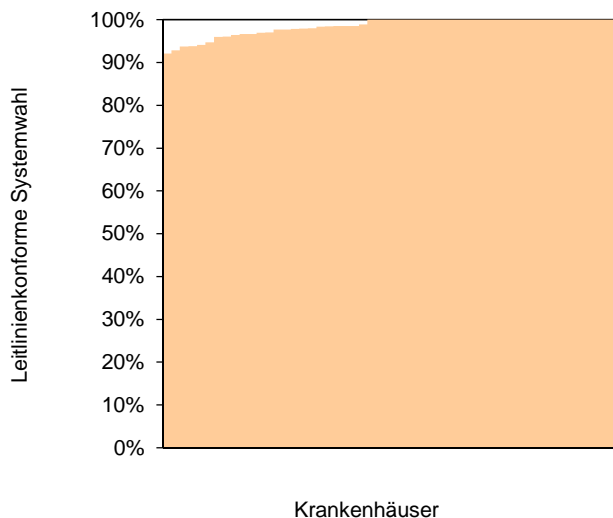
¹ Leitlinien zur Herzschrittmachertherapie, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (Lemke et al. 2005)

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit leitlinienkonformer ¹ Systemwahl bei Sinusknotensyndrom AV-Block oder faszikulären Leitungsstörungen Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern Karotis-Sinus-Syndrom vasovagalem Syndrom Vertrauensbereich			4.831 / 4.928	98,03% 97,60% - 98,38%

¹ Leitlinien zur Herzschrittmachertherapie, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (Lemke et al. 2005)

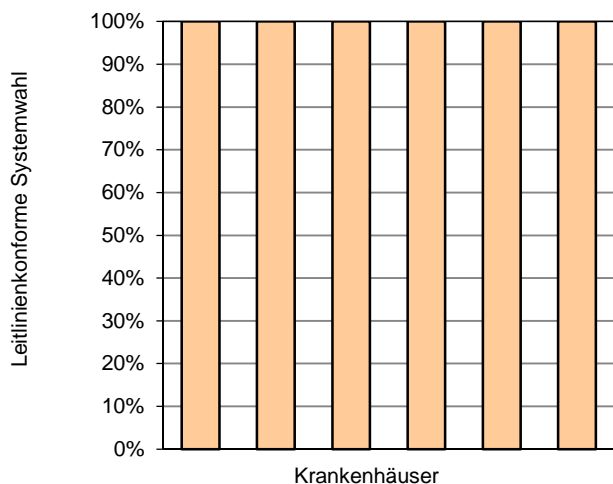
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2014/09n1-HSM-IMPL/2196]:
 Anteil von Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl an allen Patienten (außer führende Indikation zur
 Herzschrittmacherimplantation „kardiale Resynchronisationstherapie“ oder „sonstiges“) mit implantiertem Ein- oder
 Zweikammersystem**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 53 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,13	93,75	94,74	97,73	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Systemwahl bei Sinusknotensyndrom

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Sinusknotensyndrom¹ als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Leitlinienkonforme Systemwahl bei Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
mit				
1) AAI ²			3 / 4	75,00%
2) VVI ³			14 / 53	26,42%
3) DDD *			1.775 / 1.775	100,00%
4) VDD **			0 / 1	0,00%
Summe aus 1) bis 4) Leitlinienkonforme*** Systemwahl bei Sinusknotensyndrom (SSS)			1.792 / 1.833	97,76%
Nicht leitlinienkonforme*** Systemwahl bei Sinusknotensyndrom (SSS)			41 / 1.833	2,24%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie

keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen

¹ **Sinusknotensyndrom (SSS)**
inklusive BTS
 (bei paroxysmale/persistierendem Vorhofflimmern)

² **AAI**
AV-Block
 keiner
und nicht
Vorhofrhythmus
 paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/
 -flattern
 permanentes Vorhofflimmern

und nicht
intraventrikuläre Leitungsstörungen

und nicht
neurokardiogene Diagnostik
 Karotissinusmassage
 mit Pause > 3 sec
 Kipptisch positiv

und nicht
führendes Symptom
 Synkope einmalig
 Synkope rezidivierend
 synkopebedingte Verletzung

³ **VVI**
voraussichtliche Stimulationsbedürftigkeit
 selten

* **DDD**
nicht
 permanentes Vorhofflimmern

** **VDD**
 nicht indiziert

*** http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 712ff

Systemwahl bei AV-Block oder bei Schenkelblock

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit AV-Block oder faszikulärer Leitungsstörung als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Leitlinienkonforme Systemwahl bei Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
mit				
1) AAI ¹			0 / 0	
2) VVI ²			107 / 128	83,59%
3) DDD ³			2.040 / 2.040	100,00%
4) VDD *			68 / 80	85,00%

Summe aus 1) bis 4) Leitlinienkonforme** Systemwahl bei AV-Block oder faszikulärer Leitungsstörung			2.215 / 2.248	98,53%
Nicht-leitlinienkonforme** Systemwahl bei AV-Block oder faszikulärer Leitungsstörung			33 / 2.248	1,47%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen

¹ **AAI**
nicht indiziert

² **VVI**
(**Vorhofrhythmus**
normofrequenter Sinusrhythmus
und
Stimulationsbedürftigkeit
häufig/permanent)
oder
Stimulationsbedürftigkeit
selten
oder
Vorhofrhythmus
permanentes Vorhofflimmern

³ **DDD**
nicht
Vorhofrhythmus
permanentes Vorhofflimmern

* **VDD**
nicht
Vorhofrhythmus
permanentes Vorhofflimmern
und nicht
chronotrope Inkompetenz

** http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 712ff

Systemwahl bei Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Leitlinienkonforme Systemwahl bei Patienten mit	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1) AAI ¹			0 / 0	
2) VVI ²			777 / 777	100,00%
3) DDD ³			0 / 2	0,00%
4) VDD *			0 / 0	

Summe aus 1) bis 4) Leitlinienkonforme** Systemwahl bei Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern			777 / 779	99,74%
Nicht-leitlinienkonforme** Systemwahl bei Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern			2 / 779	0,26%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen	
¹ AAI nicht indiziert	³ DDD nicht indiziert
² VVI indiziert	* VDD nicht indiziert

** http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 712ff

Systemwahl bei Karotis-Sinus-Syndrom

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Karotis-Sinus-Syndrom als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Leitlinienkonforme Systemwahl bei Patienten mit	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1) AAI ¹			0 / 0	
2) VVI ²			0 / 0	
3) DDD ³			11 / 11	100,00%
4) VDD *			0 / 0	

Summe aus 1) bis 4) Leitlinienkonforme** Systemwahl bei Karotis-Sinus-Syndrom			11 / 11	100,00%
Nicht-leitlinienkonforme** Systemwahl bei Karotis-Sinus-Syndrom			0 / 11	0,00%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen	
¹ AAI nicht indiziert	³ DDD indiziert
² VVI nicht indiziert	* VDD nicht indiziert

** http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 713ff

Systemwahl bei vasovagalem Syndrom

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit vasovagalem Syndrom als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Leitlinienkonforme Systemwahl bei Patienten mit	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1) AAI ¹			0 / 0	
2) VVI ²			0 / 1	0,00%
3) DDD ³			8 / 8	100,00%
4) VDD *			0 / 0	

Summe aus 1) bis 4) Leitlinienkonforme** Systemwahl bei vasovagalem Syndrom			8 / 9	88,89%
Nicht-leitlinienkonforme** Systemwahl bei vasovagalem Syndrom			1 / 9	11,11%

Indikation Klasse I bis IIb gemäß Leitlinie keine Indikation gemäß Leitlinie

Erläuterungen	
¹ AAI nicht indiziert	³ DDD indiziert
² VVI nicht indiziert	* VDD nicht indiziert

** http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2005-04_herzschrittmachertherapie.pdf, Seite 713ff

Qualitätsindikator 3: Eingriffsdauer

Qualitätsziel: Möglichst kurze Eingriffsdauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit implantiertem Einkammersystem (VVI,AAI), Zweikammersystem (VDD,DDD) oder CRT-System

Indikator-ID: 2014/09n1-HSM-IMPL/52128

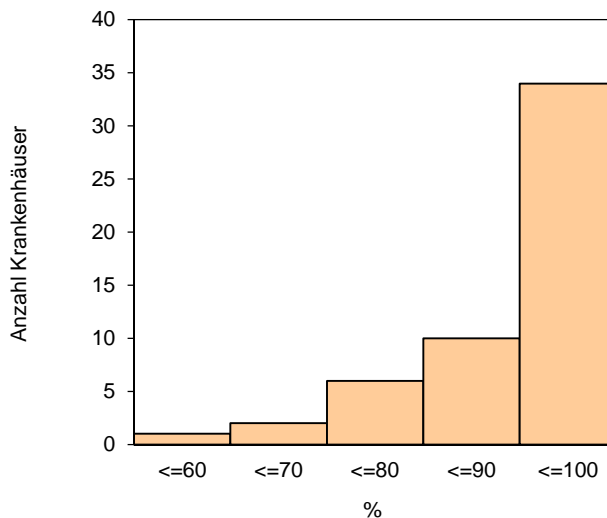
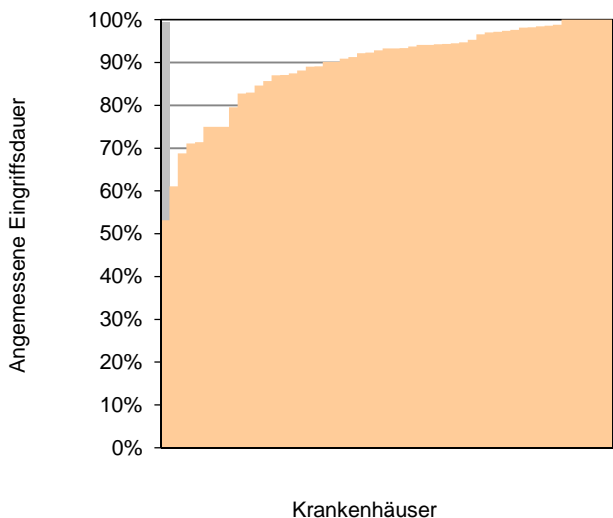
Referenzbereich: >= 60,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit implantiertem Einkammersystem (VVI,AAI), Zweikammersystem (VDD,DDD) oder CRT-System)			5.085 / 5.085	100,00%
Einkammersystem (VVI, AAI) Eingriffsdauer bis 50 Minuten Median (in min)			830 / 5.085	16,32% 35,00
Zweikammersystem (VDD,DDD) Eingriffsdauer bis 80 Minuten Median (in min)			3.677 / 5.085	72,31% 50,00
CRT-System Eingriffsdauer bis 180 Minuten Median (in min)			164 / 5.085	3,23% 80,00
Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 50 Minuten bei Einkammersystem (VVI, AAI), bis 80 Minuten bei Zweikammersystem (VDD, DDD) und bis 180 Minuten bei CRT-System			4.671 / 5.085	91,86%
Vertrauensbereich				91,07% - 92,58%
Referenzbereich		>= 60,00%		>= 60,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 50 Minuten bei Einkammersystem (VVI, AAI), bis 80 Minuten bei Zweikammersystem (VDD, DDD) und bis 180 Minuten bei CRT-System			4.578 / 5.071	90,28%
Vertrauensbereich				89,43% - 91,06%

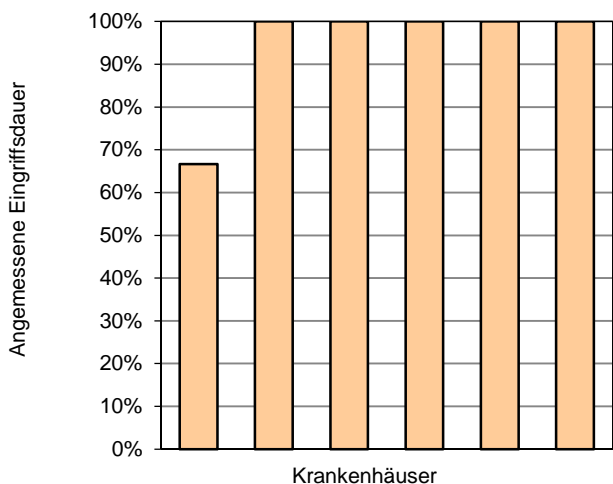
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2014/09n1-HSM-IMPL/52128]:
 Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 50 Minuten bei Einkammersystem (VVI, AAI), bis 80 Minuten bei
 Zweikammersystem (VDD,DDD) oder bis 180 Minuten bei CRT-System an allen Patienten mit implantiertem Einkammersystem
 (VVI,AAI), Zweikammersystem (VDD,DDD) oder CRT-System**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 53 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,13	68,75	75,00	87,04	93,33	97,22	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67			100,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Durchleuchtungszeit

Qualitätsziel: Möglichst kurze Durchleuchtungszeit

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Durchleuchtungszeit und implantiertem Einkammersystem (VVI)
 Gruppe 2: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Durchleuchtungszeit und implantiertem Zweikammersystem (DDD)

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 4a): 2014/09n1-HSM-IMPL/10223
 Gruppe 2 (QI 4b): 2014/09n1-HSM-IMPL/10249

Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
 Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

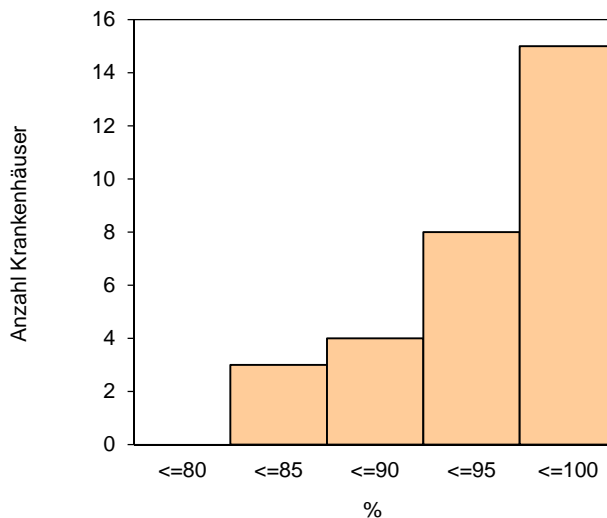
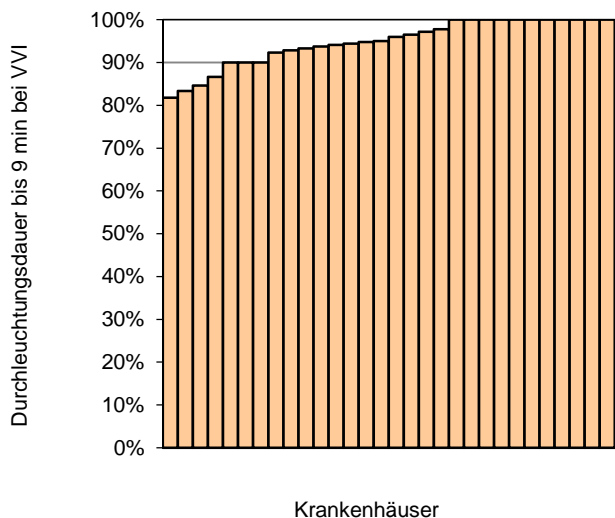
Durchleuchtungszeit	Krankenhaus 2014				
	AAI	Gruppe 1 VVI	VDD	Gruppe 2 DDD	biventrikulär
bis 3 min					
> 3 bis <= 6 min					
> 6 bis <= 9 min					
Summe bis 9 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich		nicht definiert			
> 9 bis <= 12 min					
> 12 bis <= 18 min					
Summe bis 18 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich				nicht definiert	
> 18 bis <= 24 min					
> 24 min					
Anzahl gültige Angaben					
Median (in min)					

Durchleuchtungszeit	Gesamt 2014				
	AAI	Gruppe 1 VVI	VDD	Gruppe 2 DDD	biventrikulär
bis 3 min	3 / 4 75,00%	647 / 946 68,39%	48 / 81 59,26%	1.617 / 3.815 42,39%	5 / 153 3,27%
> 3 bis <= 6 min	1 / 4 25,00%	195 / 946 20,61%	27 / 81 33,33%	1.336 / 3.815 35,02%	26 / 153 16,99%
> 6 bis <= 9 min	0 / 4 0,00%	60 / 946 6,34%	5 / 81 6,17%	493 / 3.815 12,92%	23 / 153 15,03%
Summe bis 9 min		902 / 946 95,35%			
Vertrauensbereich		93,81% - 96,52%			
Referenzbereich		nicht definiert			
> 9 bis <= 12 min	0 / 4 0,00%	25 / 946 2,64%	1 / 81 1,23%	188 / 3.815 4,93%	16 / 153 10,46%
> 12 bis <= 18 min	0 / 4 0,00%	13 / 946 1,37%	0 / 81 0,00%	140 / 3.815 3,67%	39 / 153 25,49%
Summe bis 18 min				3.774 / 3.815 98,93%	
Vertrauensbereich				98,55% - 99,21%	
Referenzbereich				nicht definiert	
> 18 bis <= 24 min	0 / 4 0,00%	3 / 946 0,32%	0 / 81 0,00%	26 / 3.815 0,68%	17 / 153 11,11%
> 24 min	0 / 4 0,00%	3 / 946 0,32%	0 / 81 0,00%	15 / 3.815 0,39%	27 / 153 17,65%
Anzahl gültige Angaben	4	946	81	3.815	153
Median (in min)	1,20	2,00	2,50	3,50	13,00

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Gruppe 1 VVI	Gruppe 2 DDD	Gruppe 1 VVI	Gruppe 2 DDD
Summe bis 9 min			963 / 1.020 94,41%	
Vertrauensbereich			92,83% - 95,66%	
Summe bis 18 min				3.755 / 3.811 98,53%
Vertrauensbereich				98,10% - 98,87%

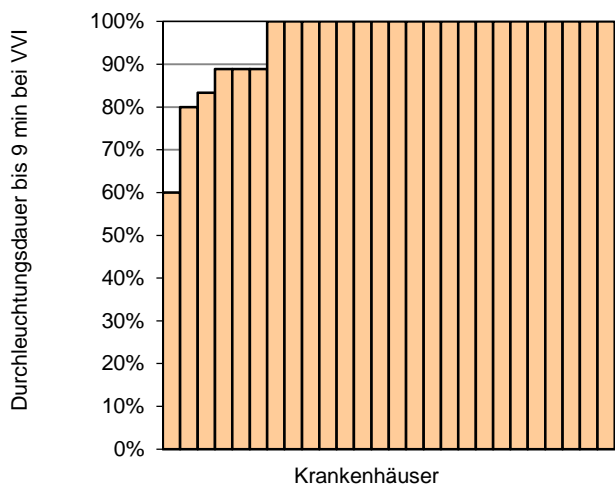
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2014/09n1-HSM-IMPL/10223]:
 Anteil von Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 min an allen Patienten mit Angabe einer gültigen Durchleuchtungszeit und implantiertem Einkammersystem (VVI)**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 30 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,82	83,33	85,64	92,31	95,50	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

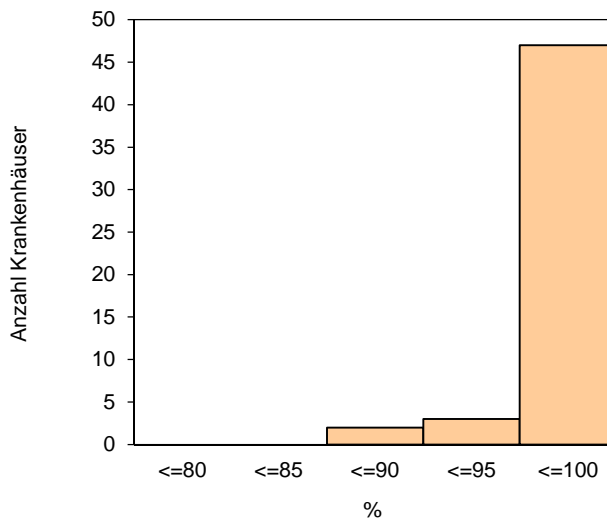
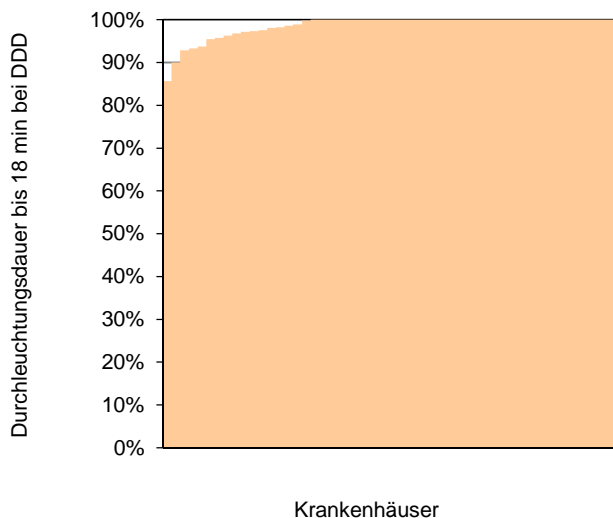


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,00	80,00	83,33	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

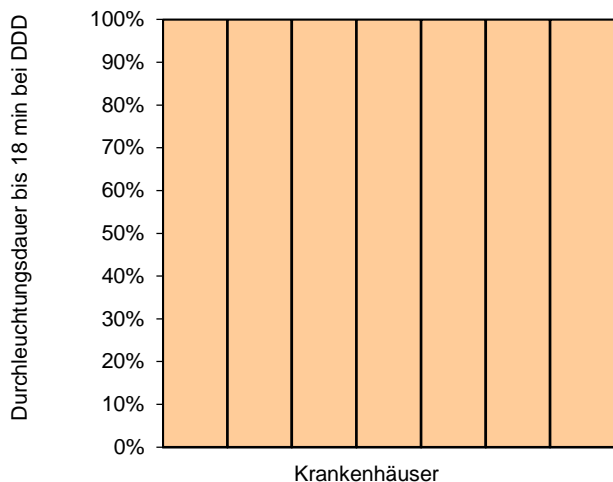
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2014/09n1-HSM-IMPL/10249]:
 Anteil von Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 18 min an allen Patienten mit Angabe einer gültigen Durchleuchtungszeit
 und implantiertem Zweikammersystem (DDD)**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 52 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,71	92,86	95,45	98,16	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

Qualitätsziel: Möglichst hohe Reizschwellenwerte und intrakardiale Signalamplituden

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
- Reizschwelle der ersten Ventrikelsonde
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofsigenrhythmus
- R-Amplitude der ersten Ventrikelsonde unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Vorhofsigenrhythmus

Indikator-ID: 2014/09n1-HSM-IMPL/52305

Referenzbereich: >= 90,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: ¹				
Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V				
Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V				
P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV				
R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV			17.873 / 18.615	96,01%
Vertrauensbereich				95,72% - 96,29%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%

¹ Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten).

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: ¹				
Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V				
Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V				
P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV				
R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV				
Vertrauensbereich			17.666 / 18.528	95,35%
				95,03% - 95,64%

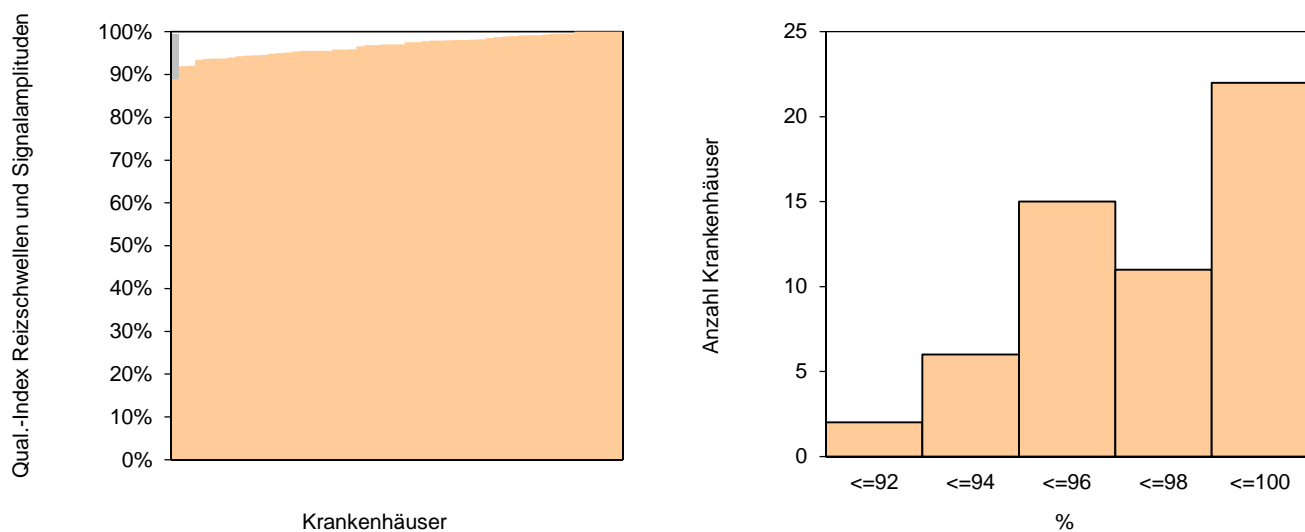
¹ Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten).

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2014/09n1-HSM-IMPL/52305]:

Anteil von Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen (Ergebnisse liegen innerhalb von definierten Akzeptanzbereichen) an allen erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich 09/1 und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich 09/3, für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

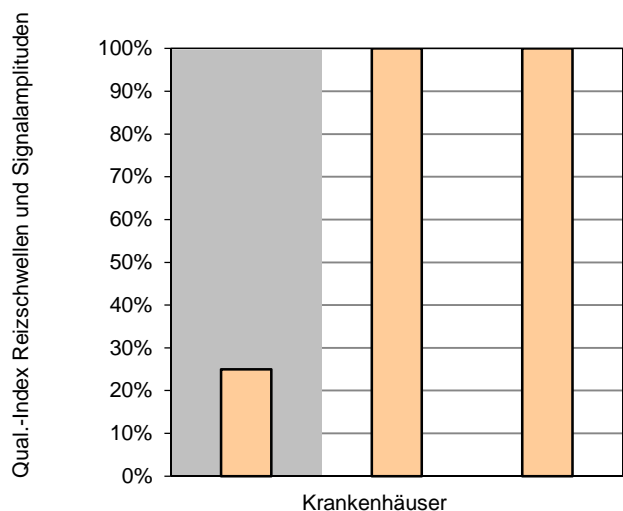
56 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,89	92,05	93,75	95,10	97,05	98,96	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,00				100,00				100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen

Chirurgische Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 6a): 2014/09n1-HSM-IMPL/1103

Referenzbereich: <= 2,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			109 / 5.095	2,14%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern)			8 / 5.095	0,16%
Asystolie			7 / 5.095	0,14%
Kammerflimmern			1 / 5.095	0,02%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen¹			48 / 5.095	0,94%
Vertrauensbereich				0,71% - 1,25%
Referenzbereich		<= 2,00%		<= 2,00%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			31 / 5.095	0,61%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			3 / 5.095	0,06%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			8 / 5.095	0,16%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			4 / 5.095	0,08%
postoperative Wundinfektion			2 / 5.095	0,04%
CDC A1 (oberflächliche Infektion)			0 / 5.095	0,00%
CDC A2 (tiefe Infektion)			2 / 5.095	0,04%
CDC A3 (Räume/Organe)			0 / 5.095	0,00%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			4 / 5.095	0,08%

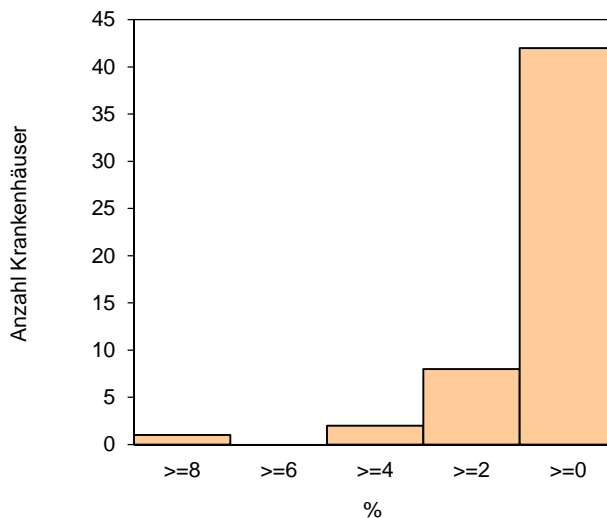
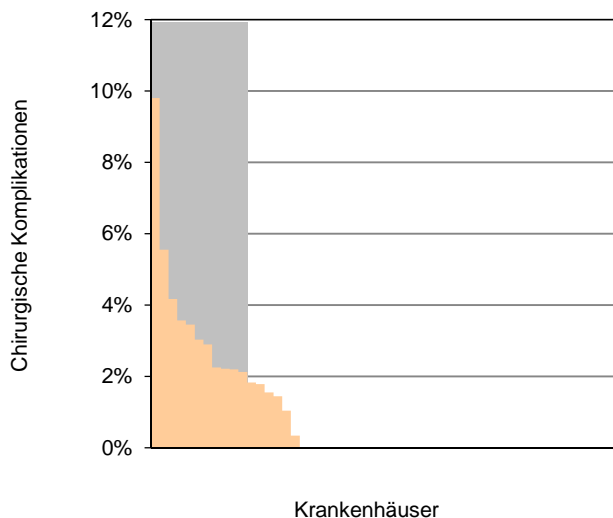
¹ Interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom oder postoperative Wundinfektion

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen¹ Vertrauensbereich			59 / 5.078	1,16% 0,90% - 1,50%

¹ interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss,
 interventionspflichtiges Taschenhämatom oder postoperative Wundinfektion

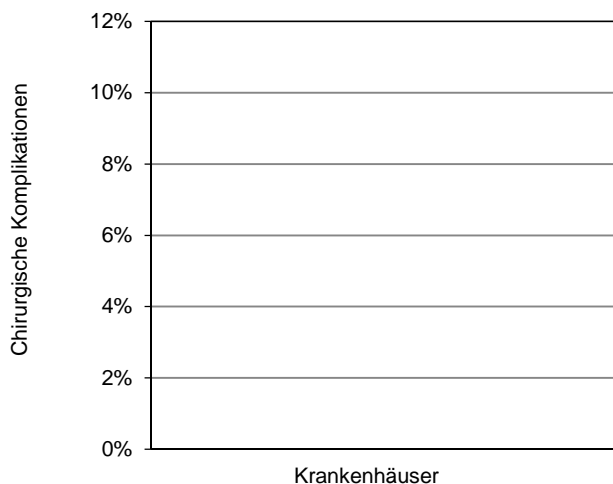
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2014/09n1-HSM-IMPL/1103]:
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 53 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,55	3,03	4,17	9,80

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sondendislokation oder -dysfunktion

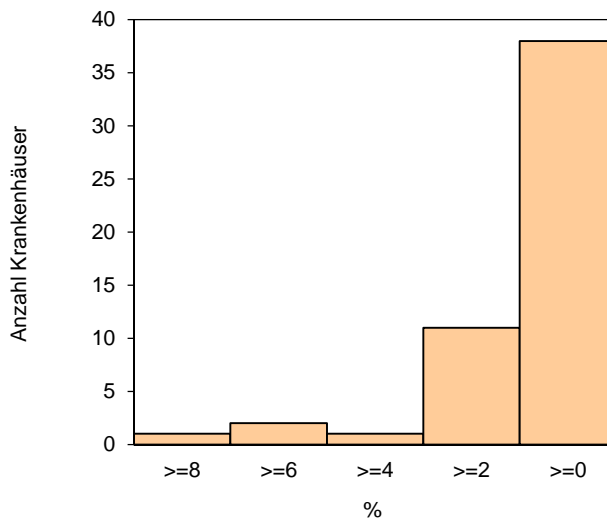
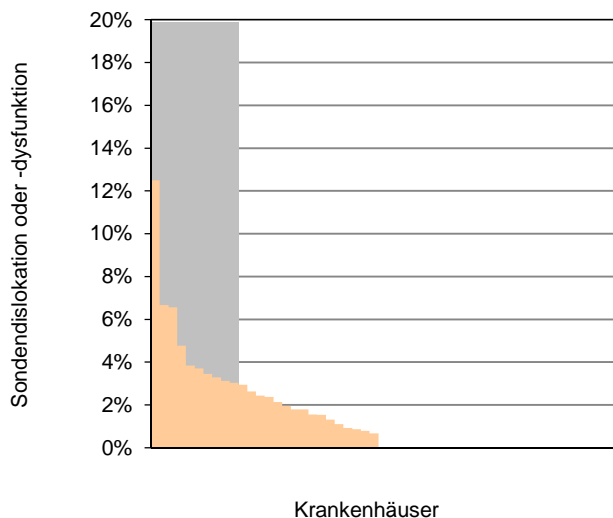
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 6b): 2014/09n1-HSM-IMPL/52311
Referenzbereich: <= 3,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion			55 / 5.095	1,08%
Vertrauensbereich				0,83% - 1,40%
Referenzbereich		<= 3,00%		<= 3,00%
Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			35 / 4.073	0,86%
Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			21 / 5.083	0,41%
Patienten mit Sondendislokation			47 / 5.095	0,92%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			33 / 4.073	0,81%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			15 / 5.083	0,30%
Ventrikelsondendislokation erste Ventrikelsonde			15 / 5.083	0,30%
zweite Ventrikelsonde			0 / 165	0,00%
Patienten mit Sondendysfunktion			8 / 5.095	0,16%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			2 / 4.073	0,05%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			6 / 5.083	0,12%
Ventrikelsondendysfunktion erste Ventrikelsonde			6 / 5.083	0,12%
zweite Ventrikelsonde			0 / 165	0,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion Vertrauensbereich			73 / 5.078	1,44% 1,14% - 1,80%

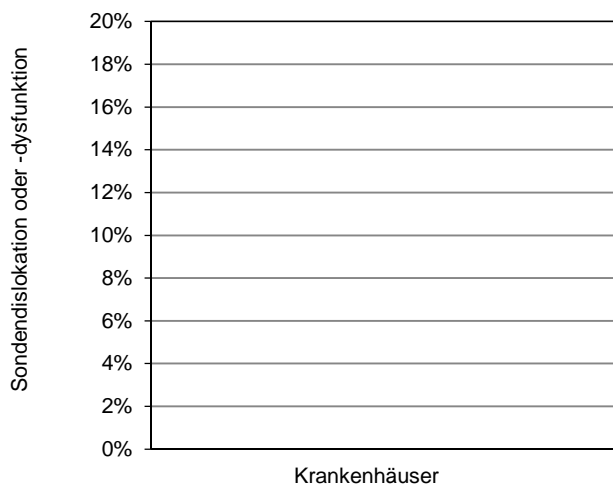
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2014/09n1-HSM-IMPL/52311]:
 Anteil von Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 53 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,38	3,70	6,56	12,50

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 7a): 2014/09n1-HSM-IMPL/1100

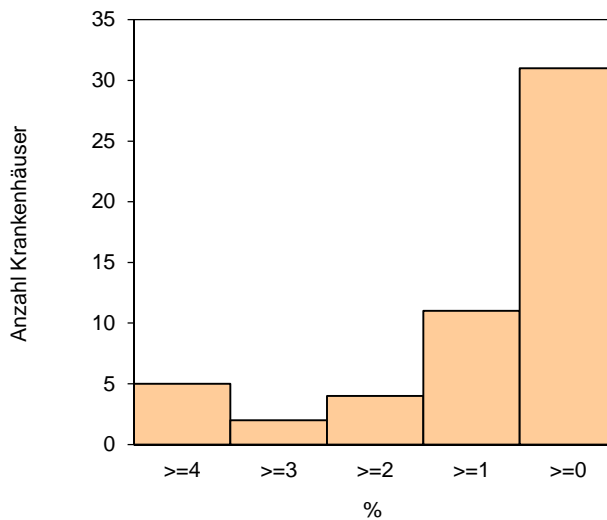
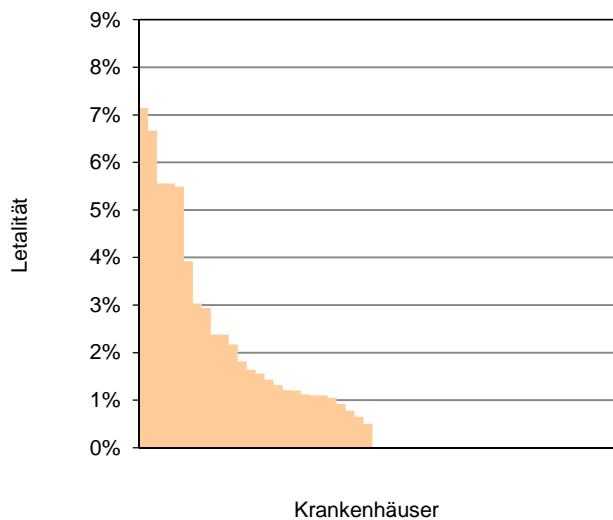
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)			51 / 5.095	1,00%
Vertrauensbereich				0,76% - 1,31%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)			50 / 5.078	0,98%
Vertrauensbereich				0,75% - 1,30%

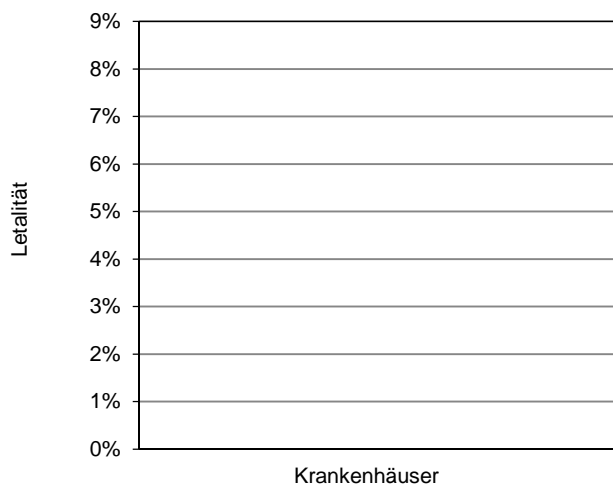
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2014/09n1-HSM-IMPL/1100]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 53 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,56	3,92	5,56	7,14

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 7b): 2014/09n1-HSM-IMPL/51191
Referenzbereich: <= 3,94 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		51 / 5.095 1,00%
vorhergesagt (E) ¹		77,88 / 5.095 1,53%
O - E		-0,53%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-IMPL-Score für QI-ID 51191.

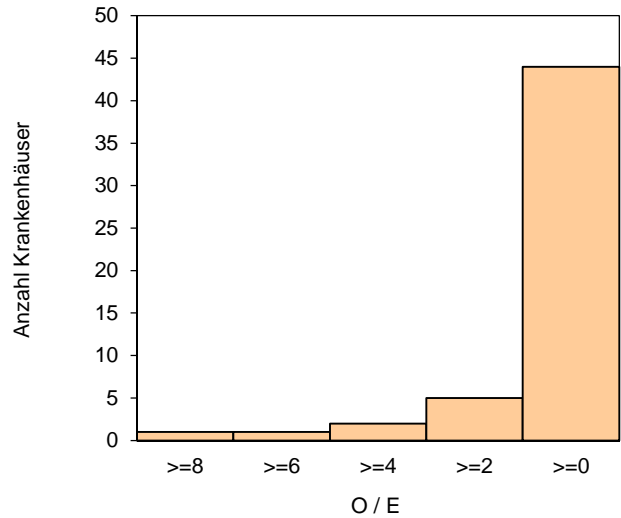
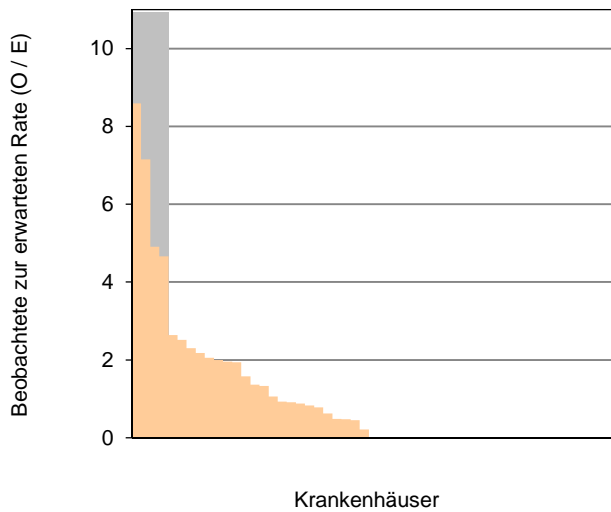
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,65
Vertrauensbereich		0,50 - 0,86
Referenzbereich	<= 3,94	<= 3,94

² Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		50 / 5.078 0,98%
vorhergesagt (E)		75,17 / 5.078 1,48%
O - E		-0,50%
O / E		0,67
Vertrauensbereich		0,51 - 0,88

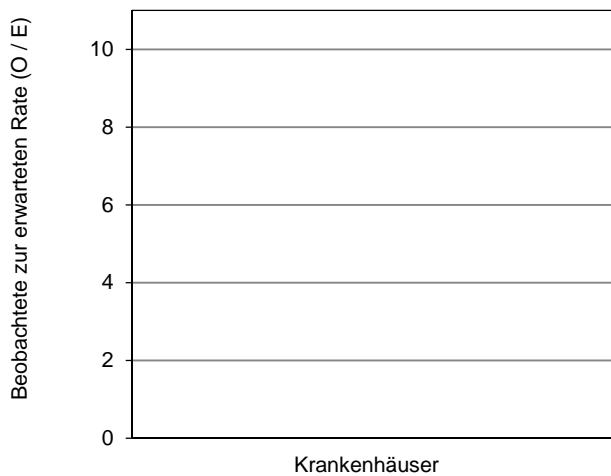
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2014/09n1-HSM-IMPL/51191]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an verstorbenen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 53 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,37	2,51	4,91	8,60

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 1: Häufig führendes Symptom „sonstiges“

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2014/09n1-HSM-IMPL/813070
Referenzbereich: <= 7,33% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en): 690

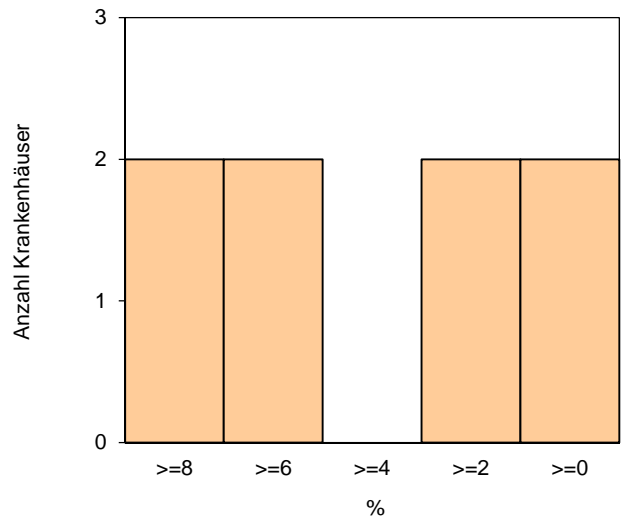
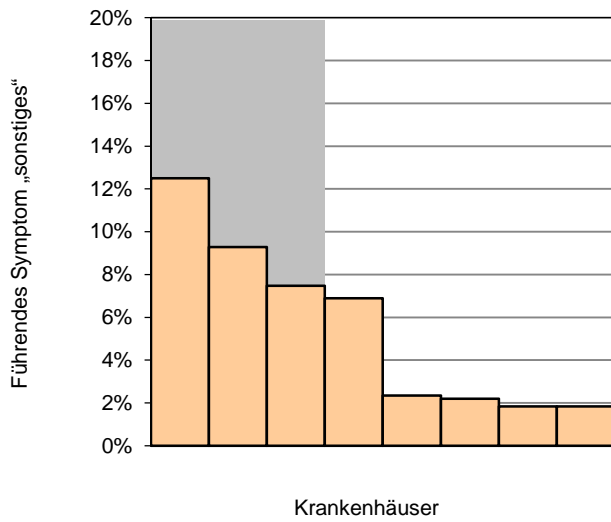
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit führendem Symptom „sonstiges“ ¹			111 / 5.095	2,18%
Vertrauensbereich				1,81% - 2,62%
Referenzbereich		<= 7,33%		<= 7,33%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit führendem Symptom „sonstiges“			98 / 5.078	1,93%
Vertrauensbereich				1,59% - 2,35%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK1, Indikator-ID 2014/09n1-HSM-IMPL/813070]:
 Häufig führendes Symptom „sonstiges“**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 8



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,83			2,01	4,62	8,38			12,50

Auffälligkeitskriterium 2: Häufig führende Indikation „sonstiges“

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2014/09n1-HSM-IMPL/813071
Referenzbereich: <= 6,54% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en): 690, 2196

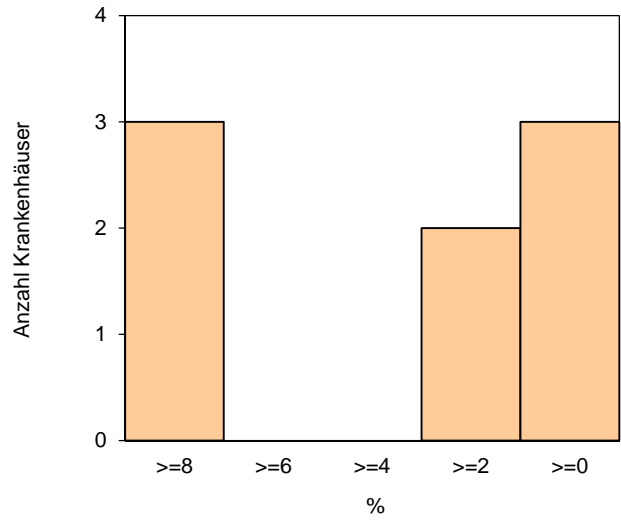
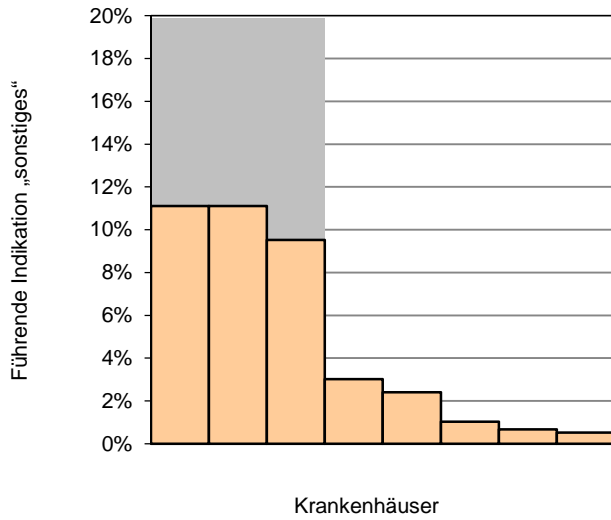
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit führender Indikation „sonstiges“ ¹			48 / 5.095	0,94%
Vertrauensbereich				0,71% - 1,25%
Referenzbereich		<= 6,54%		<= 6,54%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit führender Indikation „sonstiges“			22 / 5.078	0,43%
Vertrauensbereich				0,29% - 0,66%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK2, Indikator-ID 2014/09n1-HSM-IMPL/813071]:
 Häufig führende Indikation „sonstiges“**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 8



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,52			0,85	2,71	10,32			11,11

Jahresauswertung 2014 Herzschrittmacher-Implantation

09/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 59
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.095
Datensatzversion: 09/1 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15294-L96262-P46157

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.381	27,11	1.289	25,38
2. Quartal			1.288	25,28	1.367	26,92
3. Quartal			1.228	24,10	1.264	24,89
4. Quartal			1.198	23,51	1.158	22,80
Gesamt			5.095		5.078	

¹ Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		5.095		5.078	
Median			4,00		3,00
Mittelwert			5,68		5,76
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		5.095		5.078	
Median			3,00		3,00
Mittelwert			4,30		4,42
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		5.095		5.078	
Median			7,00		8,00
Mittelwert			9,98		10,18

OPS 2014¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation
2	5-377.31	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykarde Stimulation
3	5-377.1	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem
4	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher
5	5-377.d	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem

OPS 2014

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-377.30	2.705	53,09	5-377.30	2.688	52,93
2				5-377.31	1.166	22,89	5-377.31	1.173	23,10
3				5-377.1	982	19,27	5-377.1	1.057	20,82
4				5-934.0	239	4,69	5-934	194	3,82
5				5-377.d	184	3,61	8-930	148	2,91

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2013 und OPS 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
2	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades
5	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
6	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	R55	Synkope und Kollaps
8	I48.2	Vorhofflimmern, permanent

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				I44.2	1.488	29,21	I49.5	1.498	29,50
2				I49.5	1.462	28,69	I44.2	1.451	28,57
3				I10.00	1.280	25,12	I10.00	1.156	22,76
4				I44.1	697	13,68	I44.1	718	14,14
5				I48.0	695	13,64	E11.90	625	12,31
6				E11.90	657	12,89	I48.0	588	11,58
7				R55	543	10,66	R55	551	10,85
8				I48.2	503	9,87	I48.2	523	10,30

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2013 und ICD-10-GM 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Patienten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.095 / 5.095		5.078 / 5.078	
< 20 Jahre			10 / 5.095	0,20	14 / 5.078	0,28
20 - 29 Jahre			10 / 5.095	0,20	8 / 5.078	0,16
30 - 39 Jahre			21 / 5.095	0,41	14 / 5.078	0,28
40 - 49 Jahre			40 / 5.095	0,79	63 / 5.078	1,24
50 - 59 Jahre			200 / 5.095	3,93	196 / 5.078	3,86
60 - 69 Jahre			577 / 5.095	11,32	677 / 5.078	13,33
70 - 79 Jahre			2.121 / 5.095	41,63	2.105 / 5.078	41,45
80 - 89 Jahre			1.845 / 5.095	36,21	1.780 / 5.078	35,05
>= 90 Jahre			271 / 5.095	5,32	221 / 5.078	4,35
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.095		5.078	
Median				78,00		77,50
Mittelwert				76,63		76,00
Geschlecht						
männlich			2.714	53,27	2.735	53,86
weiblich			2.381	46,73	2.343	46,14

Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			229	4,49	236	4,65
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			2.069	40,61	2.083	41,02
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.615	51,32	2.576	50,73
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			173	3,40	173	3,41
5: moribunder Patient			9	0,18	10	0,20
Führendes Symptom						
keines (asymptomatisch)			80	1,57	88	1,73
Präsynkope/Schwindel			2.018	39,61	2.119	41,73
Synkope einmalig			491	9,64	514	10,12
Synkope rezidivierend			1.399	27,46	1.336	26,31
synkopenbedingte Verletzung			160	3,14	130	2,56
Herzinsuffizienz NYHA II			312	6,12	269	5,30
Herzinsuffizienz NYHA III oder IV			463	9,09	437	8,61
asymptomatisch unter externer Stimulation			61	1,20	87	1,71
sonstiges			111	2,18	98	1,93

Präoperative Anamnese/Klinik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Führende Indikation zur Schrittmacher-implantation						
AV-Block I			24	0,47	39	0,77
AV-Block II Wenckebach			68	1,33	81	1,60
AV-Block II Mobitz			595	11,68	587	11,56
AV-Block III			1.517	29,77	1.470	28,95
faszikuläre Leitungsstörung			92	1,81	114	2,24
Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmale/persistierendem Vorhofflimmern)			1.847	36,25	1.809	35,62
Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern			791	15,53	860	16,94
Karotis-Sinus-Syndrom (CSS)			12	0,24	22	0,43
Vasovagales Syndrom (VVS)			9	0,18	9	0,18
kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)			92	1,81	65	1,28
sonstiges			48	0,94	22	0,43
Ätiologie						
angeboren			39	0,77	96	1,89
neuromuskulär			364	7,14	408	8,03
infarktbedingt			152	2,98	142	2,80
AV-Knoten-Ablation durchgeführt/geplant			31	0,61	20	0,39
sonstige Ablationsbehandlung			26	0,51	23	0,45
Zustand nach herzchirurgischem Eingriff			210	4,12	237	4,67
Zustand nach Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)			201	3,95	148	2,91
sonstige/unbekannt			4.072	79,92	4.004	78,85
voraussichtliche Stimulationsbedürftigkeit						
permanent (> 90%)			1.375	26,99	1.303	25,66
häufig (5 - 90%)			3.220	63,20	3.257	64,14
selten (< 5%)			500	9,81	518	10,20

Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikationsbegründende EKG-Befunde						
Vorhoffrhythmus						
normofrequenter Sinusrhythmus			1.684	33,05	1.635	32,20
Sinusbradykardie/SA-Blockierungen			1.299	25,50	1.282	25,25
paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/-flattern			487	9,56	488	9,61
permanentes Vorhofflimmern			891	17,49	943	18,57
Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS)			706	13,86	694	13,67
sonstige			28	0,55	36	0,71
AV-Block						
keiner			1.770	34,74	1.780	35,05
nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns			565	11,09	583	11,48
AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms			311	6,10	297	5,85
AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms			65	1,28	74	1,46
AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach			105	2,06	124	2,44
AV-Block II. Grades, Typ Mobitz			658	12,91	654	12,88
AV-Block III. Grades			1.619	31,78	1.563	30,78
AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation			2	0,04	3	0,06
intraventrikuläre Leitungsstörungen						
keine (QRS < 120 ms)			3.848	75,53	3.856	75,94
Rechtsschenkelblock (RSB)			327	6,42	313	6,16
Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB			308	6,05	313	6,16
Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB			18	0,35	16	0,32
Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 ms			258	5,06	239	4,71
Linksschenkelblock, QRS >= 150 ms			173	3,40	188	3,70
alternierender Schenkelblock			32	0,63	29	0,57
QRS >= 120 ms ohne Differenzierung			83	1,63	85	1,67
sonstige			48	0,94	39	0,77

Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pausen außerhalb von Schlafphasen						
keine Pause			1.126	22,10	1.053	20,74
<= 3 s			952	18,68	1.106	21,78
> 3 s bis <= 6 s ¹			1.899	37,27	-	-
> 6 s ¹			982	19,27	-	-
nicht bekannt			136	2,67	192	3,78
Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen						
< 40/min			2.437	47,83	2.486	48,96
40 bis unter 50/min			1.324	25,99	1.330	26,19
>= 50/min			1.304	25,59	1.238	24,38
nicht bekannt			30	0,59	24	0,47
Linksventrikuläre Funktion						
Ejektionsfraktion (EF)						
nicht bekannt			548	10,76	682	13,43
keine oder leichte Einschränkung (> 50%)			3.737	73,35	3.536	69,63
mittlere Einschränkung (50 bis > 35%)			692	13,58	744	14,65
schwere Einschränkung (<= 35%)			118	2,32	116	2,28

¹ neuer Schlüsselwert in 2014

Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zusätzliche Kriterien						
wenn führende Indikation zur Schrittmacherimplantation = AV-Block I, AV-Block II Wenckebach, AV-Block II Mobitz, AV-Block III oder faszikuläre Leitungsstörung			2.296 / 5.095	45,06	2.291 / 5.078	45,12
AV-Knotendiagnostik						
keine			2.265 / 2.296	98,65	2.234 / 2.291	97,51
Blockierung im HIS-Purkinje-System (HV > 100 ms)			14 / 2.296	0,61	37 / 2.291	1,62
Ergometrie mit persistierendem oder neuem AV-Block			16 / 2.296	0,70	19 / 2.291	0,83
beides			1 / 2.296	0,04	1 / 2.291	0,04
wenn führende Indikation zur Schrittmacherimplantation = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmale/persistierendem Vorhofflimmern), Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) oder Vasovagales Syndrom (VVS)			1.868 / 5.095	36,66	1.840 / 5.078	36,23
Neurokardiogene Diagnostik						
keine			1.844 / 1.868	98,72	1.793 / 1.840	97,45
Karotissinusmassage mit Pause > 3 s			15 / 1.868	0,80	31 / 1.840	1,68
Kipptisch positiv			9 / 1.868	0,48	13 / 1.840	0,71
beides			0 / 1.868	0,00	3 / 1.840	0,16

Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn führende Indikation zur Schrittmacherimplantation = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern			791 / 5.095	15,53	860 / 5.078	16,94
Kammerfrequenz regelmäßig						
Ja			56 / 791	7,08	54 / 860	6,28
Nein			735 / 791	92,92	806 / 860	93,72
wenn führende Indikation zur Schrittmacherimplantation = AV-Block I, AV-Block II Wenckebach, AV-Block II Mobitz, AV-Block III, Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmale/persistierendem Vorhofflimmern) oder Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern			4.842 / 5.095	95,03	4.846 / 5.078	95,43
chronotrope Inkompetenz						
Ja			1.297 / 4.842	26,79	1.282 / 4.846	26,45
Nein			2.754 / 4.842	56,88	2.704 / 4.846	55,80
wenn führende Indikation zur Schrittmacherimplantation = Vasovagales Syndrom (VVS) oder kardiale Rechronisationstherapie (CRT)			101 / 5.095	1,98	74 / 5.078	1,46
Nondevice-Therapie (z.B. medikamentös) ineffektiv/unzureichend						
Ja			94 / 101	93,07	73 / 74	98,65
Nein			7 / 101	6,93	1 / 74	1,35

Operation

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zugang des implantierten Systems <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Vena cephalica			657	12,89	660	13,00
Vena subclavia			4.452	87,38	4.455	87,73
andere			53	1,04	36	0,71
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			5.095		5.078	
Median				46,00		45,00
Mittelwert				49,65		49,78
Durchleuchtungszeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			5.006		5.008	
Median				3,30		3,40
Mittelwert				4,68		4,79

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-System						
VVI			972 / 5.095	19,08	1.051 / 5.078	20,70
AAI			4 / 5.095	0,08	5 / 5.078	0,10
DDD			3.863 / 5.095	75,82	3.840 / 5.078	75,62
VDD			81 / 5.095	1,59	52 / 5.078	1,02
CRT-System mit einer Vorhofsonde			147 / 5.095	2,89	115 / 5.078	2,26
CRT-System ohne Vorhofsonde			18 / 5.095	0,35	8 / 5.078	0,16
sonstiges			10 / 5.095	0,20	7 / 5.078	0,14
Hersteller						
Biotronik			1.189 / 5.095	23,34	1.218 / 5.078	23,99
Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics			544 / 5.095	10,68	724 / 5.078	14,26
Medtronic			1.613 / 5.095	31,66	1.597 / 5.078	31,45
Osypka			0 / 5.095	0,00	1 / 5.078	0,02
Sorin Biomedica/ELA Medical			172 / 5.095	3,38	148 / 5.078	2,91
Vitatron			2 / 5.095	0,04	1 / 5.078	0,02
St. Jude Medical			1.561 / 5.095	30,64	1.386 / 5.078	27,29
nicht bekannt			1 / 5.095	0,02	0 / 5.078	0,00
sonstiger			13 / 5.095	0,26	3 / 5.078	0,06

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
NBL-Code			4.073 / 5.095	79,94	3.991 / 5.078	78,59
davon						
unipolar			2 / 4.073	0,05	5 / 3.991	0,13
bipolar			3.820 / 4.073	93,79	3.753 / 3.991	94,04
multipolar			250 / 4.073	6,14	231 / 3.991	5,79
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			3.742 / 4.073	91,87	3.631 / 3.991	90,98
passive Fixation, z.B. Ankersonde			274 / 4.073	6,73	328 / 3.991	8,22
keine Fixation			55 / 4.073	1,35	32 / 3.991	0,80
Hersteller						
Biotronik			894 / 5.095	17,55	852 / 5.078	16,78
Boston Scientific/CPI/ Guidant/Intermedics			387 / 5.095	7,60	460 / 5.078	9,06
Medtronic			1.453 / 5.095	28,52	1.408 / 5.078	27,73
Osypka			1 / 5.095	0,02	0 / 5.078	0,00
Sorin Biomedica/ELA Medical			42 / 5.095	0,82	29 / 5.078	0,57
Vitatron			1 / 5.095	0,02	2 / 5.078	0,04
St. Jude Medical			1.282 / 5.095	25,16	1.235 / 5.078	24,32
nicht bekannt			4 / 5.095	0,08	2 / 5.078	0,04
sonstiger			6 / 5.095	0,12	1 / 5.078	0,02
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			3.603		3.556	
Median				0,80		0,80
Mittelwert				0,82		0,81
<= 1,5 V			3.479 / 3.603	96,56	3.432 / 3.556	96,51
nicht gemessen			411 / 4.016	10,23	403 / 3.961	10,17
wegen Vorhofflimmerns			398 / 411	96,84	389 / 403	96,53
aus anderen Gründen			13 / 411	3,16	14 / 403	3,47

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			3.897		3.850	
Median				2,80		2,80
Mittelwert				3,15		3,16
nicht gemessen			182 / 4.082	4,46	150 / 4.004	3,75
wegen Vorhofflimmerns			172 / 182	94,51	137 / 150	91,33
fehlender Vorhoffeigenrhythmus			7 / 182	3,85	13 / 150	8,67
aus anderen Gründen			3 / 182	1,65	0 / 150	0,00

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Ventrikel						
NBL-Code			5.083 / 5.095	99,76	5.068 / 5.078	99,80
davon						
unipolar			5 / 5.083	0,10	5 / 5.068	0,10
bipolar			4.760 / 5.083	93,65	4.768 / 5.068	94,08
multipolar			318 / 5.083	6,26	295 / 5.068	5,82
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			2.909 / 5.083	57,23	2.654 / 5.068	52,37
passive Fixation, z.B. Ankersonde			2.161 / 5.083	42,51	2.404 / 5.068	47,43
keine Fixation			13 / 5.083	0,26	10 / 5.068	0,20
Hersteller						
Biotronik			1.115 / 5.095	21,88	1.129 / 5.078	22,23
Boston Scientific/CPI/ Guidant/Intermedics			522 / 5.095	10,25	672 / 5.078	13,23
Medtronic			1.818 / 5.095	35,68	1.712 / 5.078	33,71
Ospka			1 / 5.095	0,02	3 / 5.078	0,06
Sorin Biomedica/ELA						
Medical			52 / 5.095	1,02	119 / 5.078	2,34
Vitatron			6 / 5.095	0,12	0 / 5.078	0,00
St. Jude Medical			1.549 / 5.095	30,40	1.426 / 5.078	28,08
nicht bekannt			4 / 5.095	0,08	4 / 5.078	0,08
sonstiger			16 / 5.095	0,31	3 / 5.078	0,06
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			5.074		5.057	
Median				0,50		0,50
Mittelwert				0,60		0,60
<= 1 V			4.885 / 5.074	96,28	4.805 / 5.057	95,02
nicht gemessen			6 / 5.083	0,12	8 / 5.068	0,16
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.957		4.975	
Median				12,00		11,80
Mittelwert				12,65		12,67
nicht gemessen			115 / 5.083	2,26	74 / 5.068	1,46
kein Eigenrhythmus			113 / 115	98,26	70 / 74	94,59
aus anderen Gründen			2 / 115	1,74	4 / 74	5,41

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
NBL-Code			165 / 5.095	3,24	124 / 5.078	2,44
davon						
unipolar			1 / 165	0,61	3 / 124	2,42
bipolar			147 / 165	89,09	118 / 124	95,16
multipolar			17 / 165	10,30	3 / 124	2,42
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			9 / 165	5,45	7 / 124	5,65
passive Fixation, z.B. Ankersonde			79 / 165	47,88	63 / 124	50,81
keine Fixation			77 / 165	46,67	54 / 124	43,55
Hersteller						
Biotronik			15 / 5.095	0,29	10 / 5.078	0,20
Boston Scientific/CPI/ Guidant/Intermedics			16 / 5.095	0,31	23 / 5.078	0,45
Medtronic			32 / 5.095	0,63	35 / 5.078	0,69
Osypka			0 / 5.095	0,00	0 / 5.078	0,00
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 5.095	0,00	0 / 5.078	0,00
Vitatron			0 / 5.095	0,00	0 / 5.078	0,00
St. Jude Medical			100 / 5.095	1,96	54 / 5.078	1,06
nicht bekannt			2 / 5.095	0,04	2 / 5.078	0,04
sonstiger			0 / 5.095	0,00	0 / 5.078	0,00
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			165		124	
Median				0,90		1,00
Mittelwert				1,01		1,09
<= 1 V			101 / 165	61,21	71 / 124	57,26
nicht gemessen			0 / 165	0,00	0 / 124	0,00
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			148		117	
Median				12,70		10,70
Mittelwert				13,62		12,81
nicht gemessen			16 / 165	9,70	7 / 124	5,65
kein Eigenrhythmus			15 / 16	93,75	7 / 7	100,00
aus anderen Gründen			1 / 16	6,25	0 / 7	0,00

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			109	2,14	150	2,95
Asystolie			7	0,14	14	0,28
Kammerflimmern			1	0,02	1	0,02
interventionspflichtiger Pneumothorax			31	0,61	37	0,73
interventionspflichtiger Hämatothorax			3	0,06	0	0,00
interventionspflichtiger Perikarderguss			8	0,16	7	0,14
interventionspflichtiges Taschenhämatom			4	0,08	11	0,22

Peri- bzw. postoperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sondendislokation			47	0,92	54	1,06
Vorhof			33	70,21	28	51,85
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			15	31,91	27	50,00
2. Ventrikelsonde			0	0,00	1	1,85
beide			0	0,00	0	0,00
Sondendysfunktion			8	0,16	22	0,43
Vorhof			2	25,00	5	22,73
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			6	75,00	18	81,82
2. Ventrikelsonde			0	0,00	0	0,00
beide			0	0,00	0	0,00
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)			2	0,04	4	0,08
A1 (oberflächliche Infektion)			0	0,00	0	0,00
A2 (tiefe Infektion)			2	0,04	4	0,08
A3 (Räume/Organe)			0	0,00	0	0,00
sonstige interventionspflichtige Komplikation			4	0,08	10	0,20

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			4.292	84,24	4.293	84,54
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			266	5,22	246	4,84
03: aus sonstigen Gründen			3	0,06	4	0,08
04: gegen ärztlichen Rat			15	0,29	3	0,06
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	1	0,02
06: Verlegung			191	3,75	187	3,68
07: Tod			51	1,00	50	0,98
08: Verlegung nach §14			3	0,06	2	0,04
09: in Rehabilitationseinrichtung			187	3,67	205	4,04
10: in Pflegeeinrichtung			67	1,32	64	1,26
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			3	0,06	3	0,06
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,02	1	0,02
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,02	2	0,04
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			15	0,29	17	0,33
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|---|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> | <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)</p> |
|---|---|

² neuer Schlüsselwert in 2014

Herzschrittmacher-Implantation

Risikoadjustierung mit dem logistischen HSM-IMPL-Score

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2013 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2013 abweichen.

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2014 finden Sie unter www.sqg.de.

Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/1 und 09/3

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator 5 in 09/1 basieren auf Vorgängen, die in den Leistungsbereichen 09/1 und 09/3 zu suchen sind.

Daraus ergibt sich, dass die auffälligen Vorgangsnummern für diesen Indikator getrennt in jedem Leistungsbereich ermittelt werden müssen.

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/1 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

09/1 - Qualitätsindikator 5: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

Qualitätsziel:	Möglichst hohe Reizschwellenwerte und intrakardiale Signalamplituden
Grundgesamtheit:	<p>Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der ersten Ventrikelsonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus - R-Amplitude der ersten Ventrikelsonde unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Vorhofeigenrhythmus
Indikator-ID:	2014/09n1-HSM-IMPL/52305

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen ¹ : Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV	Indikator-Ergebnisse siehe QI 5 in der Auswertung 09/1			

¹ Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten).

Berechnung der Fälle, die aus 09/1 in den Qualitätsindikator 5 des Leistungsbereiches 09/1 einfließen

- Grundgesamtheit:** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09/1), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:
- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
 - Reizschwelle der ersten Ventrikelsonde
 - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
 - R-Amplitude der ersten Ventrikelsonde unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Vorhofeigenrhythmus

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen ¹ : Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV			16.893 / 17.574	96,12%

¹ Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten).

Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/1, 09/2 und 09/3

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator 3 in 09/2 basieren auf Vorgängen, die in den Leistungsbereichen 09/1, 09/2 und 09/3 zu suchen sind.

Daraus ergibt sich, dass die auffälligen Vorgangsnummern für diesen Indikator getrennt in jedem Leistungsbereich ermittelt werden müssen.

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/1 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

Qualitätsindikator 3: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei der zweiten Ventrikelsonde aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3):

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/1)
- Reizschwellen erster oder zweiter Ventrikelsonden (in 09/1 ausschließlich zweite Ventrikelsonde)
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1)
- R-Amplitude der ersten Ventrikelsonde unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1)

Indikator-ID: 2014/09n2-HSM-AGGW/52307

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI 3 in der Auswertung 09/2			

Berechnung der Fälle, die aus 09/1 in den Qualitätsindikator 3 des Leistungsbereiches 09/2 einfließen

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei der zweiten Ventrikelsonde aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen			165 / 165	100,00%

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2014 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet.

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (z. B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z. B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion)

2.2 Referenzbereiche

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich).

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.

Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (**fixer Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15,00\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15,00\%$ gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (**Perzentil-Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2014.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$
5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)
10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (auffällig)

Hinweis:

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis scheinbar im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).
Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).
Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt scheinbar außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2015. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2013 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2014 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

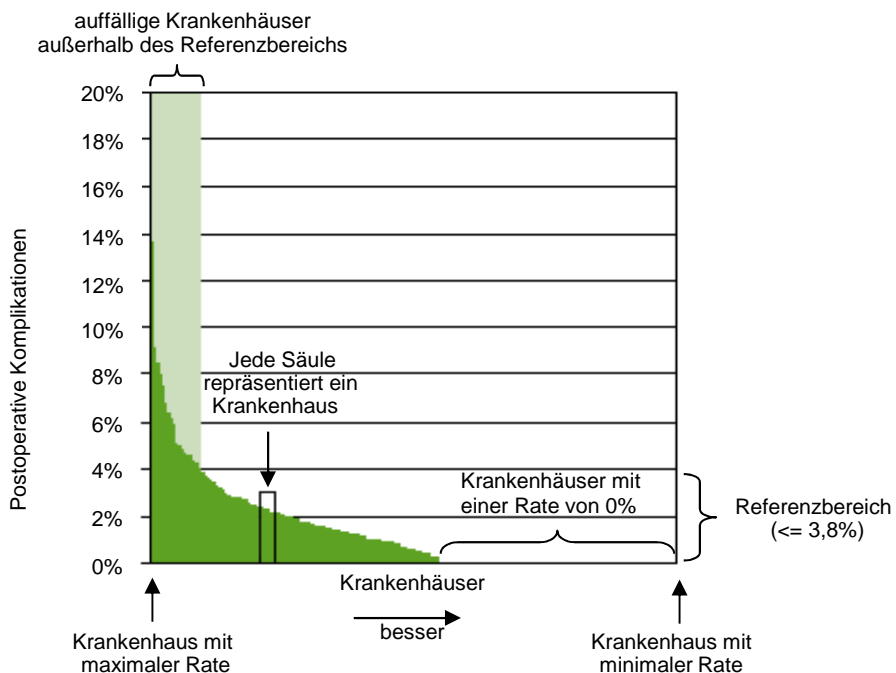
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhausergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte der Kennzahl des Qualitätsindikators in Klassen aufgeteilt. Für jede Klasse wird die Anzahl der Krankenhäuser ermittelt, für die die zugehörige Kennzahl in diese Klasse fällt.

Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

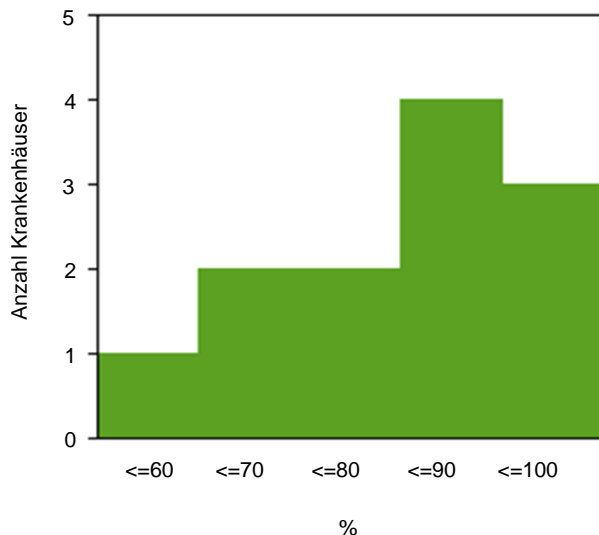
Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
 Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
 Mögliche Klasseneinteilung:

1. Klasse: <= 60%
2. Klasse: > 60% bis <= 70%
3. Klasse: > 70% bis <= 80%
4. Klasse: > 80% bis <= 90%
5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



Damit Krankenhäuser mit „guter“ Qualität im Histogramm immer rechts stehen, kann es passieren, dass die natürliche Reihenfolge der Klassen-Skala (von „klein“ nach „groß“) im Histogramm umgedreht wird (von „groß“ nach „klein“).

Aus Darstellungsgründen wird die Klasse, die ganz links steht, immer so gewählt, dass sie bis zum minimalen bzw. maximalen realisierten Krankenhauswert der Kennzahl geht. In der Regel ist diese Klasse damit größer als die anderen Klassen, die eine fest vorgegebene Breite besitzen.

Das Histogramm liefert gegenüber dem Säulendiagramm weitere Informationen zu folgenden Fragestellungen:

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Darstellung Median/Mittelwert

Median- und Mittelwerte, die in den ergänzenden Basisinformationen zu einem Leistungsbereich ausgewiesen werden, sind kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche auszuweisen. Entsprechend sind für diese Werte ggf. vorhandene Tabellenüberschriften wie z. B. „%“ irrelevant.

6. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z. B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

7. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

8. Glossar

Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2014/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2014.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankhausergebnisse kleiner und 50% der Krankhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung.

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Verhältniszahl

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältniszahl“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.